

Universidad de Alicante
Facultad de Ciencias de la Salud
Grado de Enfermería



**IMPORTANCIA DE LA HUMANIZACIÓN PARA LAS ENFERMERAS DE LOS
SERVICIOS DE EMERGENCIAS MÉDICAS DE LA PROVINCIA DE
ALICANTE.**

(Trabajo de Fin de Grado)

Alumna: Rosario Damieli Gómez Acevedo

Tutora: María Elena Castejón de la Encina

Alicante, 23 de mayo 2018

AGRADECIMIENTOS:

**A mi tutora María Elena Castejón de la Encina por todo su apoyo e iniciativa,
por alentarme siempre.**

**A todos los que colaboraron de una forma u otra para que este trabajo se
pudiera llevar a cabo, sobre todo a los enfermeros del SEM que ocuparon un poco
de su tiempo en rellenar la escala y al personal administrativo del SES por su
colaboración.**

**A todo el profesorado por tanta dedicación y tanto amor a lo que hacemos.
A mi familia por todos estos años, por entender mis ausencias en días especiales.**

Y a mi tío Damián.

ÍNDICE:

Resumen/ Abstract.....	4-5
Introducción.....	6-7
Metdología.....	8-9
Resultados.....	9- 10
Discusión.....	10- 13
Limitaciones.....	13
Conclusión.....	13-14
Anexos y tablas.....	15- 23
Bibliografía.....	24- 27

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: en la labor enfermera el vínculo terapéutico es el primer paso para asegurar unos cuidados adecuados e individualizados. Para crear esta relación es imprescindible la humanización. El primer contacto con el paciente es primordial para ello y son los enfermeros de los Servicios de Emergencias Médicas (SEM) en muchas ocasiones los que inician esta relación.

OBJETIVO: conocer la relevancia que le dan los enfermeros del SEM a la humanización en los cuidados mediante la Escala Axiológica de Hospitalidad.

METODOLOGÍA: diseño observacional descriptivo empleando como instrumento validado de medida la Escala Axiológica de Humanización de Galán et al. La población a estudio fueron los enfermeros del SEM de la provincia de Alicante, con su participación voluntaria y anónima. Se realizó un análisis estadístico para analizar las variables tanto cuantitativas como cualitativas.

RESULTADOS: Se han contestado 20 encuestas. El 80%(16) son mujeres, con una media de edad de 41,05 años (DE 7,65) y una media de experiencia de 13,05 años (DE 7,52). En relación a la Hospitalidad, los participantes le dan un valor medio de 104,42. En cuanto a las dimensiones, en relación a la Responsabilidad una media de 24,15 (DE 3,439); Cuidados transpersonales una media de 24,45 (DE 2,796); Calidad media de 24,75 (DE 3,275); Respeto media de 31,1 (DE 3,20), siendo todas valoraciones altas según la escala.

DISCUSIÓN: Con nuestros resultados se muestra como la hospitalidad, y sus dimensiones tienen una importancia alta también para los trabajadores del SEM, coincidiendo con lo expuesto en otros estudios de investigación sobre la humanidad en la práctica enfermera.

CONCLUSIONES: Se visualiza relevancia alta en los resultados obtenidos, por lo que los enfermeros del SEM le otorgan globalmente importancia a la hospitalidad en la práctica asistencial de emergencia y a cada una de sus dimensiones.

Palabras claves: Humanización, Servicio de emergencias médicas, enfermeros, escala axiológica de humanización.

ABSTRACT:

Introduction: In the nursing work, the therapeutic bond is the first step to ensure the proper and individual care of the patient. To make this relationship is essential the humanization. The first contact with the patient is important to create the sensation of trust and good care. The nurses from emergencies medical services (EMS) are in charge in many occasions. They facilitate through empathy and the comprehension of the therapeutic bonds.

Objective: To understand the relevance that the nurses on the EMS give to the humanization in the patient care through the Axiological Scale of Hospitality.

Methodology: Descriptive observational design implied as an instrument validated as the measure of the Axiological Scale of Hospitality of Jose Maria Galan, Soledad Ferreras, and Juan Manuel Arribas. They were EMS nurses of the province of Alicante, with a voluntary and anonymous participation. It realized a statistical analysis to analyze the variables.

Results: They have answered 20 polls. The 80% (16) are women with an average age of 43.05 years old (DE 7.65), and an average experience of 13.05 years (DE 7.52). In relation to Hospitality, participants give an average value of 104.45. As far as the dimensions, in relation with the responsibility there is an average of 24.15 (DE 3,42); transpersonal care 24.45 (DE 2,79); quality of 24.75 (3,27); respect of 31.1 (3,20); according to the scale.

Discussion: It shows how the hospitality, and its dimensions are very important for the workers of EMS, coinciding with the exposed in other studies of the investigation about the humanity in the practice of nursing.

Conclusion: You can visualize the high relevance in the obtained results, as why the EMS's nurses are focused on the importance of the hospitality in the practice of emergency assistance.

Keywords: Humanization, Service of medical emergencies, nurses, Axiological Scale of Hospitality.

INTRODUCCIÓN

La humanización según la Real Academia Española no es más que hacer humano, familiar y afable a alguien o algo¹, puede definirse también como acompañamiento, escucha o empatía hacia sus deseos, creencias y miedos. Humanización es el respeto a la espiritualidad y el trato humano tanto al paciente como a la familia².

En el ámbito de la salud este término es sumamente importante para poder establecer una relación terapéutica que no es más que la creación de un vínculo entre la enfermera y el paciente, que necesita del diálogo como método para llegar a entender las dimensiones espirituales y emocionales de la persona². Esto llevará a la mejora de la comunicación, que no depende solo de la actitud de los interlocutores sino también del lugar y las circunstancias que los rodean³; y a un cuidado eficaz basado en la búsqueda de instrumentos que ayuden a solventar necesidades reales del paciente⁴, aumentando así la satisfacción del paciente y su familia⁵; es el hecho de no ser tratados como una enfermedad sino como una persona.⁶

Establecer dicha relación puede ser complicado debido a los múltiples factores que la componen como el antes mencionado diálogo, el intercambio de emociones, la escucha activa o las vivencias de la otra persona³ y las propias del profesional; y a otros externos como pueden ser el uso excesivo y exclusivo de la tecnología, el burnout o el estrés del profesional.^{7,8}

Según la Guía de Buenas Prácticas en Enfermería de la Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO), el enfermero debe de tener unos conocimientos y capacidades necesarias para implementar dicha relación, la cual consta de ciertas fases. Factores como cultura, la etnia o la expectativa del paciente son uno de los tantos que el sanitario debe conocer, ya que el desconocimiento de estas diferencias puede llevar a la rotura del vínculo.

Pero la relación necesita de dos, por lo que no se debe tener en cuenta solo al paciente sino también a uno mismo. El profesional tiene que conocer sus propios límites, comprender sus sentimientos y saber cuándo él está siendo un obstáculo en el proceso.

Es preciso saber también que la relación, como otra cualquiera, tiene fluctuaciones y que los objetivos terapéuticos van cambiando junto con el proceso de salud y con la evolución de la afinidad.

Investigaciones anteriores demuestran que la humanización es, entre otros, un factor irremplazable para crear la relación de ayuda. No se concibe crear una unión sin

empatía, que no es más que entender a la otra persona, saber por qué actúa de determinada manera y comprender sus razones. Como se expuso anteriormente empatizar es un sinónimo de humanizar por lo que la ausencia de esta lleva a una relación fría y distante, dejando al paciente en un segundo lugar.⁹

Por lo que sin humanización la relación terapéutica no es entendida como tal, se necesita acompañar, apoyar y percibir las preocupaciones que afectan al otro. Tratarlo como un ser humano único demuestra el interés del profesional por la persona en su conjunto, y facilita la búsqueda de objetivos comunes.¹⁰

Es la primera persona que tiene contacto con el paciente la que debe crear este lazo terapéutico, favoreciendo así el incremento de la confianza en el servicio y por lo tanto en el próximo profesional por el que será atendido, la cantidad de información que se puede obtener sobre la persona y sus antecedentes, y la sensación de un trato individualizado¹¹ y de calidad.

En muchas ocasiones los primeros sanitarios que se encuentran con el paciente son los que trabajan en los servicios de emergencias médicas, por lo tanto, depende de ellos que nazca una relación de ayuda fuerte, brindándole al paciente y su familia el confort y la sensación de apoyo imprescindibles en circunstancias amenazantes para ellos. Cabe destacar que son unidades en las que el profesional debe actuar de forma eficaz y rápida, bajo un cierto grado de preocupación y estrés debido a situaciones en las que la vida del paciente está comprometida¹², y en la que el uso de la tecnología es necesario; pero no hay incompatibilidad entre el uso de máquinas y la humanización, sino que tiene que existir una fusión entre estos dos pilares, siendo el cuidado humano el que guíe a la técnica.⁹

Existen gran número de artículos de investigación que tachan a los profesionales que se encuentran en estas unidades de actuar deshumanizadamente y siguiendo la hegemonía médica^{13,14}. Por lo que es imprescindible conocer si trabajan en su día a día con una “actitud... de ocupación, preocupación, responsabilidad y de implicación afectiva con el otro”⁴, facilitando así lo anteriormente dicho.

Es por esto que el objetivo de mi trabajo es conocer la relevancia que le dan los enfermeros, de los servicios de emergencias hospitalarias (SEM), a la humanización en los cuidados mediante la Escala Axiológica de Hospitalidad.

METODOLOGÍA.

Diseño: Este trabajo de investigación es un diseño observacional descriptivo empleando como instrumento de medida la Escala Axiológica de Humanización¹⁵ (Anexo 1). Se solicitó la autorización del autor mediante correo electrónico, obteniendo una respuesta favorable del mismo. (Anexo 3)

La población a estudio son los enfermeros que trabajan en el Servicio de Emergencias Médicas de la Comunidad Valenciana, siendo la muestra los enfermeros del SEM de la provincia de Alicante.

La intervención que se realizó fue la entrega de la escala antes mencionada a través de los cauces habituales de comunicación interna del Servicio. El tiempo transcurrido entre la entrega y la recogida de los documentos fue de dos meses. La participación de los enfermeros fue de forma voluntaria y anónima, firmando previamente un consentimiento informado. Se solicitó la autorización de la Dirección de Enfermería del Servicio de Emergencias Médicas (SES) mediante un comunicado enviado por correo electrónico. (Anexo 4)

Las variables a estudio son:

- Variables sociodemográficas que engloban sexo, edad y años de experiencia.
- Variables que componen la escala:
 - Acogida que hace referencia al recibimiento afectivo.
 - Atención personalizada integral.
 - Altruismo, procurar siempre el bien del paciente.
 - Autonomía profesional.
 - Calidad científica, el profesional responde a lo que la ciencia sabe.
 - Cercanía que busca la calidez en el trato.
 - Compasión que engloba sentimientos de solidaridad y compasión.
 - Competencia: aptitud para realizar una actividad específica.
 - Conocimiento científico.
 - Diligencia, agilidad, prisa en la asistencia.
 - Empatía el profesional se identifica con la otra persona.
 - Justicia, dar a cada uno lo que le corresponde.
 - Prudencia hace referencia al buen juicio clínico.
 - Respeto a la vida.
 - Respeto a la autonomía de los usuarios.
 - Sencillez

- Veracidad, decir siempre la verdad.

Estas variables se agrupan en 4 dimensiones: (Anexo 2)

- Responsabilidad: formada por las siguientes dimensiones: atención personalidad integral, acogida, empatía y cercanía.
- Respeto: veracidad, justicia, respeto a la autonomía, respeto a la vida y prudencia.
- Cuidados transpersonales: integrado por: altruismo, compasión, sencillez y diligencia.
- Calidad: calidad, conocimiento, autonomía y competencia.

Las variables no están ordenadas en sus respectivas dimensiones en el cuestionario evitando así posibles sesgos.

Para analizar las variables se realizó un análisis estadístico empleando la media y la desviación estándar en el caso de variables cuantitativas de distribución normal. Para la comparación de variables cuantitativas la T de Student. Respecto a las variables cualitativas se utilizó las frecuencias relativas y absolutas. La comparación de las variables cualitativas se obtuvo mediante la chi-cuadrado o Exacto de Fisher. Se consideraron las diferencias significativamente estadísticas cuando el valor de p fue $<0,05$. El análisis se realizó con el paquete estadístico SPSS Statistics (Version 22.0. Armonk, NY: IBM Corp.

RESULTADOS.

Participaron en el estudio voluntariamente 20 enfermeros del SEM de Alicante.

Respecto a las variables demográficas (Tabla 1) excepto un encuestado, el resto contestó los datos sobre su edad, experiencia en años trabajando en el SEM y el sexo.

La media de edad obtenida fue de 43,05 (DE, 7,65). La experiencia de los trabajadores tuvo una media de 13,05 años (DE 7,52). En lo que hace referencia al sexo 16 eran mujeres siendo el 80% de los encuestados.

Los resultados obtenidos por la Chi-cuadrado en la que se compararon las variables cualitativas antes expuestas indican que no existe relación significativa entre el sexo del profesional y las dimensiones medidas. (Sexo – hospitalidad, $p=0.839$; sexo – responsabilidad, $p=0.770$; sexo – respeto, $p=0.523$; sexo – cuidados transpersonales, $p=0.690$; sexo – calidad, $p=0.839$)

Respecto a las variables que componen la escala los enfermeros le dieron una importancia alta a todas, obteniendo los siguientes resultados: (Tabla 2)

Hospitalidad con una media de 104,45 (DE 11,54) como resultado general.

En relación con las dimensiones:

- Responsabilidad con una media de 24,15 (Importancia Alta) (DE 3,429)
- Respeto con una media de 31,1 (Importancia Alta) (DE 3,05).
- Cuidados transpersonales con una media de 24,45 (Importancia Alta) (DE 2,79).
- Calidad con una media de 24,75 (Importancia Alta) (DE 3,27).

Se calculó la T de Student con las variables cuantitativas, existiendo relación entre la edad y la experiencia y las mayores puntuaciones en las dimensiones medias ($p=0000$). (Tabla 3 y 4)

DISCUSIÓN.

Según lo planteado anteriormente la humanización es un pilar imprescindible para la creación de una buena relación terapéutica, mediante la cual el profesional logrará proporcionar unos cuidados adecuados y reales basados en la problemática del paciente.¹⁶

Los resultados expuestos demuestran como la hospitalidad, el respeto, la responsabilidad, los cuidados transpersonales y la calidad de estos tienen una importancia alta para los trabajadores del SEM, sin diferencias significativas según la edad, sexo o años de experiencia.

Según Maldonado¹⁷, entre otras cosas, el Respeto es necesario para lograr una buena comunicación, que es la base fundamental para crear una relación terapéutica. “Una comunicación eficaz es un eslabón muy importante para crear una buena relación de ayuda con la persona... la forma en la que establezcamos la comunicación tendrá como consecuencia un afrontamiento efectivo o inefectivo ante determinadas situaciones”¹⁷, entonces “Debemos: Manifestar una actitud de respeto absoluto e incondicional hacia la persona y su intimidad.”¹⁷ Coincidiendo así con el resultado obtenido de la escala.

Ahora bien, dentro de la dimensión de respeto podemos encontrar, en base a la escala, valores como prudencia, justicia, respeto a la vida, veracidad y respeto a la autonomía. Estas dos últimos obtuvieron una media de importancia más baja que el resto de los valores.

La veracidad y la autonomía son dos principios éticos que todo enfermero debe conocer. Sin embargo, estudios^{18,19} exponen que son estos dos los menos respetados por los sanitarios. Un estudio en Ecuador demuestra cómo solo 3 de 18 enfermeras encuestadas sabían que el consentimiento informado era parte de la autonomía del

paciente, así también se dice que en servicios de emergencia la mayoría de las veces, debido al estado crítico del paciente y, por lo tanto a su incapacidad para firmar o expresar su voluntad, no es firmado ni por la persona ni por sus familiares.¹⁸

Otro estudio, realizado con personas que sufren trastornos psicóticos demuestra la diferencia de opiniones entre los pacientes y los profesionales. Estos últimos perciben una interferencia mínima en la vida de los pacientes, mientras que los afectados creen que se les trató con un enfoque paternalista cohesionando su autonomía.¹⁹

Sin embargo, la prudencia, que se encuentra dentro de esta dimensión, coincidiendo con otras investigaciones, es uno de los valores que más importancia tiene para los profesionales. Según la Emergency Nurses Association una enfermera debe ser buena persona, y para esto debe obrar con prudencia, que no es más que la acción de saber actuar habiendo analizado los riesgos y evitando así producir prejuicios²⁰. “La prudencia es la capacidad de sopesar virtudes y vicios para discernir la sabia elección en una situación particular”²¹, siendo entonces imprescindible para los enfermeros que trabajan en los servicios de emergencias.

En lo que respecta a la dimensión de Responsabilidad también se obtuvo una importancia alta, y es que cuidar del bienestar y la vida de otra persona conlleva a un compromiso ético, al conocimiento de las técnicas y la soltura en la gestión emocional, evitando los sentimientos de culpabilidad en el paciente y en el propio profesional^{22,23}. Como en el caso anterior hubo valores como la atención personalizada que tuvo la media más baja entre todos los valores, y en contraposición la cercanía.

En relación con la cercanía se ha descrito que con el solo hecho de mantener contacto visual la relación terapéutica es más afable ya que demuestra interés y respeto por parte del profesional, además a través de la mirada y los gestos faciales se puede entender por lo que está pasando la persona, de forma subjetiva el enfermero puede percatarse del dolor, la angustia, tristeza o, en ocasiones, de la disparidad entre lo expresado verbalmente y su lenguaje corporal.¹⁶

En un estudio realizado por Searle et al²⁴, se demuestra como la cercanía entre los familiares y las enfermeras hace que el nivel de incertidumbre y ansiedad disminuya, siendo la enfermera un apoyo crucial para los familiares²⁴. Respalando así las puntuaciones obtenidas.

La atención personalizada, según varios estudios, tiene que estar presente para que el cuidado sea de calidad, conocer en profundidad al paciente, adecuar los cuidados a su

cultura, su etnia o creencias, aplicando actividades en base a diagnósticos enfermeros reales y basados en la problemática del paciente^{25,26, 27}

“Es a partir del encuentro transpersonal que el enfermero y el paciente se vuelven uno, es el momento en que el cuidado se concreta y los dos están sincronizados de cuerpo y alma en esta relación”²⁸, esta frase reafirme en cierto modo que el cuidado transpersonal es la base de nuestro trabajo²⁹. Según los resultados de la escala, esta dimensión tiene una importancia alta para todos los participantes, siguiendo así la teoría del cuidado transpersonal de Watson²⁹.

Uno de los valores que conforma la dimensión antes descrita es el Altruismo que según la escala no es más que “Diligencia en procurar el bien del paciente aún a costa del propio, aunque sin anularse a sí mismo”. Según varios estudios es por altruismo que la mayoría de las personas estudian enfermería, arrastrados por la necesidad y el placer de ayudar a los otros³⁰. A pesar de esto, este tipo de valores innatos en los enfermeros están desapareciendo con el transcurso del tiempo y el cambio de las sociedades³¹.

Por otro lado la Compasión obtuvo una media alta, pero inferior a los otros valores que se encuentran en la misma dimensión. Según el artículo escrito por Henderson A et al³¹ la compasión es esencial para el cuidado, sobre todo cuando la persona está en una etapa de vulnerabilidad. La compasión se relaciona con la empatía, y está demostrado que produce una satisfacción en la persona que la siente, provocando en las enfermeras gratificación y júbilo por su trabajo.³²

Sin embargo, existe también la llamada Compassion fatigue o fatiga de la compasión, introducida por primera vez en 1992 por Joison³² que se refiere a la desensibilización y alejamiento hacia el paciente, provocando así la inhabilitación de la enfermera para cuidar. Los síntomas que provoca como el estrés, la ansiedad, o el desinterés se asemejan al Burnout, pero distintos autores han encontrado diferencias entre estos dos estados^{32,33}. Aun así el Burnout, según Albedín et al³⁴, tiene una prevalencia alta/media entre los enfermeros que trabajan en los servicios de urgencias.

Se ha demostrado que una tasa elevada de estrés en el trabajo conlleva a la disminución de la compasión, dándose sobre todo en servicios de cuidados intensivos, neonatos y/o emergencias³⁵, lo cual estaría en contraposición con los resultados de esta investigación.

La última dimensión hace referencia a la Calidad del cuidado, esta también obtuvo una media de importancia alta para los profesionales del SEM. Los estudios encontrados hacen relación entre la calidad del cuidado y la calidad de vida, aumentando esta última

si la primera es adecuada. La calidad del cuidado se mide mediante diversos indicadores que dependen de las características del servicio, por ejemplo, en un estudio realizado por Bram de Boer et al³⁶, en base a la calidad del cuidado en paciente con demencia se evaluaron indicadores como la presencia de úlceras por presión, malnutrición o uso de medicación psicótica, entre otros³⁶. Siguiendo la escala, se encuentran valores como Autonomía profesional o Competencia profesional, siendo las que menor y mayor media tienen correspondientemente.

La autonomía profesional de la enfermera es precisamente lo que conlleva al reconocimiento de su trabajo. Apoyando los resultados de la escala, la mayor parte de la literatura expone la ausencia de autonomía en la profesión. En servicios de emergencias, se ha demostrado que se sigue una conducta hegemónica, en donde la enfermera deja de lado el trato humano y holístico para centrarse en el biomédico³⁷. En contraposición se ha encontrado que las enfermeras que trabajan en unidades de Cuidados Intensivos tienen mayor autonomía a la hora de prestar cuidados a sus pacientes, organizándose ellas según sus facultades y habilidades sin interferencia de otros profesionales.³⁸

No obstante, los enfermeros que se encuentran en estas unidades tienen y les dan gran importancia a sus competencias, ya que un mayor manejo de las habilidades técnicas llevará a la asignación de mayores responsabilidades, así como al aumento de la satisfacción del paciente³⁸; aun así los resultados obtenidos demuestran que los profesionales encuestados no creen tener la autonomía necesaria para ejercer su labor.

LIMITACIONES.

Este estudio presenta dos limitaciones importantes. Por un lado, la baja participación lo que supone un sesgo en el contraste de hipótesis por el bajo número en la muestra. Por otro lado, la imposibilidad por parte de la investigadora de visitar personalmente a los profesionales del SEM de Alicante para explicar el objeto del estudio dada la dispersión geográfica del Servicio sanitario.

CONCLUSIONES

Como se ha visto anteriormente, los resultados de la escala coinciden en su mayoría con los estudios anteriormente publicados, donde la humanización es un factor importante para la atención enfermera.

Valores como prudencia, diligencia o respeto a la vida fueron uno de los más destacados por los enfermeros encuestados, demostrando la importancia que le dan en su labor diaria al trato con el paciente.

La empatía al igual que los anteriores, tuvo una media alta, teniendo en cuenta que empatizar es sinónimo del cuidado humano, los enfermeros del SEM demuestran que ponerse en el lugar del otro y sobre todo entender su situación forma parte de su trabajo, dejando de lado el estrés que pueden provocar las diversas circunstancias que le rodean.

La responsabilidad, el respeto, la calidad y los cuidados transpersonales están presentes, según los resultados expuestos, en la labor de estos profesionales de la salud, evitando así la deshumanización y el maltrato hacia la otra persona.

El cuidado al paciente es la base de nuestro día a día, trabajar de forma humana provoca sentimientos de satisfacción y plenitud en el sanitario, y comodidad, bienestar y tranquilidad en el paciente.

Es necesario que investigaciones posteriores indaguen en el por qué la diferencia de relevancia de estos valores, incluyendo también a los estudiantes como muestra de investigación, ya que esto permitiría inculcar desde los cimientos actitudes que llevarán al cuidado holístico.

ANEXOS

Anexo 1: Escala Axiológica de la Hospitalidad.

Escala Axiológica de la Hospitalidad		Grado de importancia que le asignas para lograr los fines de tu práctica profesional Marcar un valor del 0 (ninguna importancia) al 7 (máxima importancia)						
Acogida	Recibimiento efectivo u hospitalidad que ofrece el profesional al usuario							
Atención personalizada integral	Atención que proporciona asistencia global, biopsicosocial y espiritual, a las necesidades particulares de cada persona							
Altruismo	Diligencia en procurar el bien del paciente aún a costa del propio aunque sin anularse a sí mismo							
Autonomía profesional	Condición del profesional que, para ciertas cosas, no depende de nadie							
Calidad científica	Valor y excelencia científica. Responde a lo que la ciencia sabe							
Cercanía	Proximidad afectiva, calidez en el trato							
Compasión	Sentimiento de solidaridad y preocupación que se tiene hacia quienes sufren penalidades o desgracias							
Competencia	Pericia, aptitud, idoneidad para realizar la acción del profesional de la salud							
Conocimiento científico	Poseer los datos y el entendimiento científico							

	adecuado sobre cuestiones de la salud							
Diligencia	Prontitud, agilidad, prisa, cuidado y actividad en ejecutar la asistencia							
Empatía	Identificación mental y afectiva de un sujeto con el estado de ánimo de otro							
Justicia	Dar a cada uno lo que le corresponde o pertenece							
Prudencia	Discernir y distinguir lo que es bueno o malo, para seguirlo o huir de ello. Sensatez, buen juicio clínico							
Respeto a la vida	Consideración y deferencia hacia la vida. No maleficencia							
Respeto a autonomía usuarios	Consideración y deferencia hacia los deseos, valores y creencias de los usuarios.							
Sencillez	Obrar con naturalidad, con espontaneidad, con llaneza							
Veracidad	Modo de expresarse libre de fingimiento. Decir siempre la verdad							

Anexo 2: Valores agrupados en sus respectivas dimensiones.

DIMENSIONES	VALORES
Responsabilidad	Atención Personalizada Acogida Empatía Cercanía
Respeto	Veracidad Justicia Respeto Autonomía Respeto Vida Prudencia
Cuidados transpersonales	Altruismo Compasión Sencillez Diligencia
Calidad	Calidad Conocimiento Autonomía Competencia

Anexo 3: Autorización del autor de la escala, JM Galán.

- Buenas noches. Soy una estudiante de la Universidad de Alicante y estoy haciendo mi trabajo de fin de grado sobre la humanización en los servicios de urgencias. He leído su artículo y sinceramente me interesaría pasar la escala de la cual se habla para plasmar los resultados en mi trabajo, pero no encuentro la escala como tal. Podría decirme dónde encontrarla o es que no está aún para ser utilizada. Un saludo, espero no molestar.

- RESPUESTA: Hola Rosario:

Te adjunto la escala y espero te sea de utilidad.

Un cordial saludo.

Anexo 4: Petición de autorización al SES.

Alicante, 15 de Marzo del 2018

Rosario Damieli Gómez Acevedo

A/A Directora de Enfermería SES Comunidad Valenciana Conselleria de Sanitat

Buenos días, mi nombre es Rosario Damieli Gómez Acevedo, soy alumna de cuarto de Enfermería en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Alicante. Estoy llevando a cabo mi Trabajo de Fin de Grado sobre la humanización en la atención de enfermería en los Servicios de Emergencias Prehospitalarias, tutorizado por la profesora M^a Elena Castejón de la Encina.

Quizá se pregunte por qué escogí este tema para un trabajo tan importante, y es que creo que como enfermeros nuestra labor no solo se centra en las técnicas, sino que nuestro objetivo es cuidar y no hay cuidado sin humanización. El porqué en los servicios del SAMU puede ser otra pregunta, me parece un servicio relevante siendo muchas veces el primero en tomar contacto con el paciente por lo que su labor repercutirá sobre el sentimiento de bienestar o discomfort que pueda sentir el paciente o su familia.

La humanización, según la Real Academia Española, es hacer humano, familiar y afable a alguien o a una acción. En el entorno sanitario puede definirse también como acompañamiento, escucha o empatía hacia los deseos, creencias y miedos de los pacientes y sus familiares, es el respeto a la espiritualidad y el trato cercano tanto al paciente como a la familia.

En el ámbito de la salud este término es sumamente importante para poder establecer una relación terapéutica que no es más que la creación de un vínculo entre la enfermera y el paciente, que llevará a la mejora de la comunicación y a un cuidado eficaz, aumentando así la satisfacción del paciente y su familia; no ser tratados como una enfermedad sino como una persona. Establecer dicha relación puede ser complicado debido a los múltiples factores que la componen como el diálogo, el intercambio de emociones o la escucha activa, las vivencias de la otra persona y las propias del profesional, todos estos entrelazados por la humanización. Es la primera persona que tiene contacto con el paciente la que debe crear este lazo terapéutico, favoreciendo así el incremento de la confianza en el servicio y por lo tanto en el próximo profesional por el que será atendido, la cantidad de información que se puede obtener sobre la persona y sus antecedentes, y la sensación de un trato individualizado y de calidad. Investigaciones anteriores demuestran que la humanización es, entre otros, un factor irremplazable para crear la relación de ayuda. No se concibe crear una unión sin empatía, que no es más que entender a la otra persona, saber por qué actúa de determinada manera y comprender sus razones. Como se expuso anteriormente

empatizar es un sinónimo de humanizar por lo que la ausencia de ésta lleva a una relación fría y distante, dejando al paciente en un segundo lugar.

En muchas ocasiones los primeros sanitarios que se encuentran con el paciente son los profesionales de los servicios de emergencias médicas (SEM). Ámbito en el que se debe actuar de forma eficaz y rápida, bajo un cierto grado de preocupación y estrés, en la que el uso de la tecnología es necesario, por lo que existen gran número de artículos de investigación que tachan al personal de enfermería que trabajan en estas unidades de actuar deshumanizadamente, siguiendo la hegemonía médica. Por lo que es imprescindible conocer si trabajan en su día a día con una “actitud... de ocupación, preocupación, responsabilidad y de implicación afectiva con el otro”, facilitando así lo anteriormente dicho.

Es por esto que el objetivo de mi trabajo es conocer mediante los resultados de la Escala Axiológica de Hospitalidad, la relevancia que le dan los enfermeros, de los servicios de emergencias hospitalarias (SEM), a la humanización en los cuidados.

Este trabajo de investigación es un diseño observacional, descriptivo empleando la Escala Axiológica de Humanización como instrumento de medida. La población a estudio son los enfermeros que trabajan en el Servicio de Emergencias Médicas de la Comunidad Valenciana, siendo la muestra los enfermeros del SEM de la provincia de Alicante. La intervención que se va a realizar es la entrega de la escala antes mencionada para que los profesionales de enfermería la cumplimenten de manera voluntaria y anónima. Las variables a estudio se dividen en dos vertientes, las sociodemográficas que engloban el sexo, la edad y los años de experiencia; y las 18 variables que componen la escala: - Acogida que hace referencia al recibimiento afectivo.

- Atención personalizada integral.
- Altruismo, procurar siempre el bien del paciente.
- Autonomía profesional.
- Calidad científica, el profesional responde a lo que la ciencia sabe.
- Cercanía que busca la calidez en el trato.
- Compasión que engloba sentimientos de solidaridad y compasión.
- Competencia: aptitud para realizar una actividad específica.
- Conocimiento científico.
- Diligencia, agilidad, prisa en la asistencia.
- Empatía el profesional se identifica con la otra persona.

- Justicia, dar a cada uno lo que le corresponde.
- Prudencia hace referencia al buen juicio clínico.
- Respeto a la vida.
- Respeto a la autonomía de los usuarios.
- Sencillez
- Veracidad, decir siempre la verdad.

Solicito su autorización para pasar dicha escala, esta constará previamente de la firma de un consentimiento informado en la que se les explica a los profesionales de enfermería el objetivo del trabajo y que los datos personales proporcionados serán totalmente anónimos.

Agradeciendo de antemano su colaboración,

Reciba un cordial saludo,

Rosario Damieli Gómez Acevedo.

TABLAS

Tabla1: Variables sociodemográficas.

Variables cualitativas			
Nº Personas	Edad	Sexo	Experiencia en años
1	43	1	10
2	46	1	20
3	33	1	4
4	50	1	24
5	50	1	21
6	58	2	5
7	30	1	1
8	36	1	1
9	27	2	2
10	40	1	15
11	46	1	18
12	49	2	20
13	43	1	15
14	48	1	17
15	49	2	6
16	40	1	17
17	47	1	18
18	43	1	18
19	40	1	16
20	-	-	-
Media/ DE	43,05/ 7,655		13,05/ 7,52

Los número en los sexos corresponden a: 1= Mujer; 2= Hombre.

Tabla 2: Puntuación asignada a las dimensiones por cada uno de los participantes.

Nº Personas	Dimensiones			
	Responsabilidad	Respeto	Cuidados Transpersonales	Calidad
1	23	31	25	22
2	24	29	19	26
3	26	32	26	24
4	25	33	24	28
5	26	32	26	26
6	20	25	21	21
7	15	23	18	15
8	21	32	25	27
9	25	33	24	24
10	19	31	24	24
11	24	30	24	24
12	28	35	28	28
13	27	27	24	22
14	28	35	28	28
15	24	31	24	27
16	27	35	28	28
17	28	33	28	28
18	26	32	25	25
19	25	31	25	24
20	22	32	23	24
Media/ DE	24,15/ 3,429	31,1/ 3,025	24,45/ 2,796	24,75/ 3,275

Tabla 3: Resultados del cálculo estadístico T de student entre la edad y las dimensiones.

Prueba de muestra única

Valor de prueba = 0						
	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	95% de intervalo de confianza de la diferencia	
					Inferior	Superior
EDAD	24,513	18	,000	43,053	39,36	46,74
CALIDAD	34,661	19	,000	24,750	23,26	26,24
ACOGIDA	26,065	19	,000	6,300	5,79	6,81
ATENCIÓN PERSONALIZADA	21,087	19	,000	5,600	5,04	6,16
ALTRUISMO	17,105	19	,000	5,700	5,00	6,40

AUTONOMIA	23,583	19	,000	5,700	5,19	6,21
CIENCIA	27,582	19	,000	6,200	5,73	6,67
CERCANIA	22,553	19	,000	6,100	5,53	6,67
COMPASION	24,936	19	,000	6,000	5,50	6,50
COMPETENCIA	38,586	19	,000	6,550	6,19	6,91
CONOCIMIENTO	30,512	19	,000	6,300	5,87	6,73
DILIGENCIA	38,586	19	,000	6,550	6,19	6,91
EMPATIA	33,841	19	,000	6,150	5,77	6,53
JUSTICIA	31,429	19	,000	6,150	5,74	6,56
PRUDENCIA	38,586	19	,000	6,550	6,19	6,91
RESPECTO VIDA	35,143	19	,000	6,500	6,11	6,89
RESPECTO AUTONOMIA	23,575	19	,000	5,900	5,38	6,42
SENCILLEZ	36,114	19	,000	6,200	5,84	6,56
VERACIDAD	23,875	19	,000	6,000	5,47	6,53

Tabla 4: Resultados del cálculo estadístico T de Student entre la experiencia y las dimensiones.

Prueba de muestra única

Valor de prueba = 0

	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	95% de intervalo de confianza de la diferencia Inferior	Superior
CALIDAD	34,661	19	,000	24,750	23,26	26,24
ACOGIDA	26,065	19	,000	6,300	5,79	6,81
APERSONALIZADA	21,087	19	,000	5,600	5,04	6,16
ALTRUISMO	17,105	19	,000	5,700	5,00	6,40
AUTONOMIA	23,583	19	,000	5,700	5,19	6,21
CIENCIA	27,582	19	,000	6,200	5,73	6,67
CERCANIA	22,553	19	,000	6,100	5,53	6,67
COMPASION	24,936	19	,000	6,000	5,50	6,50
COMPETENCIA	38,586	19	,000	6,550	6,19	6,91
CONOCIMIENTO	30,512	19	,000	6,300	5,87	6,73
DILIGENCIA	38,586	19	,000	6,550	6,19	6,91
EMPATIA	33,841	19	,000	6,150	5,77	6,53
JUSTICIA	31,429	19	,000	6,15	5,74	6,56
PRUDENCIA	38,586	19	,000	6,550	6,19	6,91
RESPECTOVIDA	35,143	19	,000	6,500	6,11	6,89

RESPETOAUTONOMA	23,575	19	,000	5,900	5,38	6,42
SENCILLEZ	36,114	19	,000	6,200	5,84	6,56
VERACIDAD	23,875	19	,000	6,000	5,47	6,53
EXPERIENCIA	7,562	18	,000	13,053	9,43	16,68

BIBLIOGRAFÍA

1. Real Academia Española. *Diccionario de la lengua española [Internet]*. 2001 [Consultado 120 de Dic 2018] 22.^a ed. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=KnbmIsL>
1. Ariza Olarte C. Soluciones de humanización en salud en la práctica diaria. Vol. 9, Enfermería universitaria. 2012. p. 41–51. ISSN 1665-7063
2. Zani AV, Marcon SS, Tonete VLP, Parada CMG de L. Communicative process in the emergency department between nursing staff and patients: Social representations. Online Brazilian J Nurs. 2014 [consultado el 24 enero 2018];13(2):139–49. Disponible en: <https://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4036>
3. de Oliveira Lopez Barros SD, de Queiroz JC, de Melo RM. Cuidando e humanizando: entraves que dificultam esta prática. Rev Enferm UERJ VO - 18 2010;18(4):598-603.
4. Salazar OAB. The meaning of humanized nursing care for those participating in it: Importance of efforts of nurses and healthcare institutions. Investig y Educ en Enferm. 2016;34(1):18–28.
5. Reis L, Silva EF, Waterkemper R, Lorenzini E, Cecchetto FH. Humanization of healthcare: perception of a nursing team in a neonatal and paediatric intensive care unit. Rev gaúcha Enferm. 2013;34(2):118–24.
6. Bellucci Júnior JA, Matsuda LM. Eception with risk classification in hospital emergency service: evaluation of the nursing team. Rev Min Enferm. 2012 Jul;16(3):419–28.
7. Magela Salomé G, Moraes Salles Martins MF, Cunha Espósito VH. Sentimentos vivenciados pelos profissionais de enfermagem que atuam em unidade de emergência. Revista Brasileira de Enfermagem, vol. 62, núm. 6, noviembre-diciembre, 2009, pp. 856-862.
8. Celestino da Silva R, de Assunção Ferreira M. The practice of intensive care nursing: alliance among technique, technology and humanization. Rev Esc Enferm USP. 2013; 47(6):1324-31.
9. Calveti de Medeiros A, Heckler de Siqueira HC, Zamberlan C, Cecagno D, dos Santos Nunes S, Bergmann Thurow MR. Comprehensiveness and humanization of nursing care management in the Intensive Care Unit. Rev. esc. enferm. USP . 2016; 50(5):816-822.

10. Beltrán OA. Humanized care: A relationship of familiarity and affectivity. *Invest Educ Enferm*. 2015; 33(1): 17-27.
11. Hewa S, w Hetherington R. Specialists without spirit: crisis in the nursing profession. *Journal of medical ethics* 1990;16:179-184.
12. Dal Pai D, Lautert L. Suporte humanizado no Pronto Socorro: um desafio para a enfermagem. *Rev Bras Enferm* 2005;58(2):231-4.
13. Gabrielly E, Santos DO, Karina A, Azevedo S. The look of emergency nurse at the patient who attempted suicide: an exploratory study. 2017;16(1):6–16.
14. Galán González-Serna JM, Ferreras-Mencia S, Arribas-Marín JM. Development and validation of the Hospitality Axiological Scale for Humanization of Nursing Care. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2017;25. ISSN 1518-8345
15. Prias Vanegas H. Cuidado humanizado: un desafío para el profesional de enfermería. *Revisalud Unisucre*. 2017; 3(1): 26 – 30. ISSN: 2339-4072
16. Maldonado AD. La comunicación en la relación de ayuda al paciente en enfermería: saber qué decir y qué hacer. *Revista Española de Comunicación en Salud*. 2012;3(2):147-157.
17. Loaiza Freire JI; Loya Delgado GC. Aplicación de principios bioéticos del profesional de enfermería durante la atención integral en el servicio de emergencia del Hospital Provincial General Docente Riobamba en el periodo mayo- agosto 2015. [Tesis de Licenciatura]. Quito: UCE; Mayo-Agosto 2015 [citado el 15 de mayo 2018]. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/5126/1/T-UCE-0006-012.pdf>
18. Stensrud B, Høyer G, Beston G, Granerud A, Landheim AS. "Care or control?": a qualitative study of staff experiences with outpatient commitment orders. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2016;51(5):747-755.
19. Gurney D; Gordon G; McMahon M; Escalante KolbukM. Nursing code of ethics: provisions and interpretative statements for emergency nurses. *Journal of Emergency Nursing* 2017;43(6):497-503.
20. Bentley Webster L; Shirley J. No Need to Object Ethical Obligations for Interprofessional Collaboration in Emergency Department Discharge Planning. *Annual Review of Nursing Research*. 2016;34:183-197.
21. Corral PM. Cuidados "en cadena": cuerpos, emociones y ética en las residencias de personas mayores/Care "chain": bodies, emotions and ethics in nursing homes for the elderly. *Papeles del CEIC* 2016;03(1):1-29.

22. Rodríguez LM, Pueyo MV, i Jofre AR. Crisis de cuidados: Percepciones del cuidado en los estudiantes de enfermería/Care crisis: Perceptions of care in nursing students. *Psicoperspectivas* 2016;15(3):135-145.
23. Searle A, Neville P, Ryan S, Waylen A. The Role of the Clinical Nurse Specialist From the Perspective of Parents of Children Born With Cleft Lip and/or Palate in the United Kingdom: A Qualitative Study. *Clin Nurse Spec.* 2018;32(3), p: 121-128.
24. Faraldo Cabana A, Ibáñez Rebé M, del Río Rodríguez M, Esteban Polonio C, Lope Andrea T, Muñoz Jiménez D. Frecuencia de los diagnósticos de enfermería en el primer ingreso del paciente con un trasplante renal reciente. *Enferm Nefrol* 2017;20(1):76-81.
25. Sanz Izquierdo E, Alonso Torres M, Mirada Ariet C, Franquet Barnils E, Palomino Martínez A, Facundo Molas C. Renal biopsy in renal transplant recipients: nursing care and complications. *Enferm Nefro.* 2015;18(3):199-202.
26. Beltrán-Salazar O. Atención al detalle, un requisito para el cuidado humanizado. *Index Enferm.* 2015;24(1-2):49-53.
27. Favero L, Mazza VdA, Lacerda MR. Home care nurse's experiencing transpersonal care to a family of a neonate discharged from an intensive care unit: case study. *Online Brazilian Journal of Nursing.* 2010;9(1).
28. Clark CS. Watson's Human Caring Theory: Pertinent Transpersonal and Humanities Concepts for Educators. *Humanities* 2016;5(2):21.
29. Alavi A, Zargham-Boroujeni A, Yousefy A, Bahrami M. Altruism, the values dimension of caring self-efficacy concept in Iranian pediatric nurses. *Journal of Education and Health Promotion* 2017;6:8.
30. Tuckett A. Speaking with one voice: A study of the values of new nursing graduates and the implications for educators. *Nurse Education in Practice* 2015;15(4):258-264.
31. Henderson A, Jones J. Developing and maintaining compassionate care in nursing. *Nursing Standard (2014)* 2017;32(4):60.
32. Henson JS. When Compassion Is Lost. *Medsurg Nursing* 2017;26(2):139-142.
33. Lyndsey Brooke Couch. Compassion Fatigue and Burnout of Critical Care Nurses. [Tesis] Ann Arbor: Gardner-Webb University; 2017 [citado 21 mayo 2018]. Disponible en: <https://search.proquest.com/docview/2027248919/C69021541C2B420CPQ/5?accountid=17192>

34. Albendín L, Gómez JL, Cañadas-de la Fuente GA, Cañadas G, San Luis C, Aguayo R. Bayesian prevalence and burnout levels in emergency nurses. A systematic review. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 2016; 48(2), 137-145. <https://dx.doi.org/10.1016/j.rlp.2015.05.004>
35. de Boer B, Hamers JP, Zwakhalen SMG, Tan FE, Verbeek H. Quality of care and quality of life of people with dementia living at green care farms: a cross-sectional study. *BMC Geriatrics* 2017;17:155.
36. Jiménez-Herrera M,F., Axelsson C. Some ethical conflicts in emergency care. *Nurs Ethics* 201;22(5):548-560.
37. Donna M. Bys. Intensive Care Nurses' Reports Regarding Professional Commitment. [Tesis doctoral] Ann Arbor: University of Hartford. 2016 [citada 21 mayo 2018]. Disponible en: <https://search.proquest.com/docview/1767411928/3CE9F6D6045D4635PQ/1?accountid=17192>
38. Karami A, Farokhzadian J, Foroughameri G. Nurses' professional competency and organizational commitment: Is it important for human resource management? *Plos One* 2017 [citado 21 mayo 2018];12(11). Disponible en: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0187863>